Zaświadczenie lekarskie
o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała
związanych z użyciem przemocy w rodzinie

1. Imię (imiona) i nazwisko oraz data urodzenia osoby badanej
   .....
2. Adres zamieszkania osoby badanej …….....
   …….....
3. Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby badanej
   (jeżeli posiada)
   .....
4. Imię, nazwisko i specjalizacja lekarza prowadzącego badanie
   .....
5. Imiona i nazwiska innych osób obecnych przy badaniu
   .....
   .....
   .....
6. Pełna nazwa świadczeniodawcy*) wystawiającego zaświadczenie
   .....
   .....
7. Data i godzina przeprowadzenia badania .....
   .....
8. Data i godzina wystawienia zaświadczenia .....

_____

*) Świadczeniodawca oznacza świadczeniodawcę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

9. Opinia o stanie zdrowia osoby badanej, będąca wynikiem przeprowadzonego badania, ze szczególnym uwzględnieniem rodzaju stwierdzonych uszkodzeń ciała oraz możliwych przyczyn i czasu ich powstania
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(czytelny podpis i pieczęć lekarza)